



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2012

**Un vaccin à l'épreuve des controverses: implantation de la vaccination
anti-HPV en Suisse romande = Preventing Cervical Cancer in Switzerland:
Controversies about the HPV Vaccine**

Bühler, Nolwenn

Abstract: Through the analysis of three points of controversy, the article examines how the HPV vaccine's value is negotiated and redefined during its implementation in the French part of Switzerland. It considers how erasure, disconnection and alliance processes are used to render the vaccine indispensable. The article also shows how interests are locally constructed and how the vaccine redefines relations between general practitioners, a target population, and a disease.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-74891>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Bühler, Nolwenn (2012). Un vaccin à l'épreuve des controverses: implantation de la vaccination anti-HPV en Suisse romande = Preventing Cervical Cancer in Switzerland: Controversies about the HPV Vaccine. *Tsantsa*, (17):129-138.

UN VACCIN À L'ÉPREUVE DES CONTROVERSES

Implantation de la vaccination anti-HPV en Suisse romande¹

Texte: *Notwenn Bühler*

Abstract

PREVENTING CERVICAL CANCER IN SWITZERLAND Controversies about the HPV vaccine

Through the analysis of three points of controversy, the article examines how the HPV vaccine's value is negotiated and redefined during its implementation in the French part of Switzerland. It considers how erasure, disconnection and alliance processes are used to render the vaccine indispensable. The article also shows how interests are locally constructed and how the vaccine redefines relations between general practitioners, a target population, and a disease.

Mots-clés: *cancer du col de l'utérus, vaccin anti-HPV, implantation, controverses*

Keywords: *cervical cancer, HPV vaccine, implementation, controversies*

Le 15 décembre 2006, Swissmedic, l'Institut suisse des produits thérapeutiques, autorise la mise sur le marché du vaccin Gardasil^{®2}, distribué en Europe par la firme pharmaceutique Sanofi-Pasteur MSD (Swissmedic 2007: 14-15). Appelé également vaccin anti-HPV³ (*Human Papillomavirus*), il est destiné à la prévention du cancer du col de l'utérus et est recommandé en vaccination de base pour les jeunes filles de 11 à 19 ans (OFSP

et al. 2008). Contrairement aux États-Unis où la sexualité des jeunes filles et la peur de la promiscuité (Casper & Carpenter 2008), ainsi que le caractère obligatoire de la vaccination (Colgrove 2006b, 2010) ont dominé les débats, en Suisse romande, ce sont le coût du vaccin, son utilité, son efficacité, la transparence de l'information et le rôle de l'industrie pharmaceutique dans sa diffusion qui ont constitué le cœur des controverses⁴.

¹ Toute ma reconnaissance à Virginie pour ses nombreuses relectures et son soutien. Un grand merci également aux trois relecteurs anonymes pour leurs remarques pertinentes et constructives. Pour faciliter la lecture, j'ai décidé de renoncer à la féminisation du texte. Le masculin est donc à comprendre dans un sens générique.

² Il existe deux vaccins anti-HPV sur le marché. Le premier, le vaccin quadrivalent Gardasil[®] protège contre les types de HPV 6, 11, 16 et 18. Il est produit par Merck aux États-Unis et distribué par Sanofi-Pasteur MSD en Europe. Le deuxième, le vaccin bivalent Cervarix[®], protège contre les types 16 et 18. Il est produit par GSK et n'a pas reçu l'autorisation de mise sur le marché en Suisse.

³ «Les papillomavirus humains (HPV) constituent une famille avec plus de 120 variétés différentes dont une quarantaine environ présentent un tropisme marqué pour les muqueuses ano-génitales» (Dachez 2008: 19). «Les HPV sont subdivisés en deux catégories en fonction de leur pouvoir cancérogène (types à haut risque et à bas risque). Les types à bas risque sont considérés comme peu pathogènes car ils causent principalement des verrues cutanées et des muqueuses. Les types à haut risque sont considérés comme oncogènes car ils sont à l'origine du cancer du col de l'utérus, d'une grande partie des cancers de la vulve, des cancers du vagin et cancer de l'anus.» (OFSP et al. 2008: 6)

⁴ Voir notamment *La piqure de trop?* ouvrage rédigé par une journaliste et un gynécologue romands (Riva & Spinosa 2010), emblématique de ces débats.

Cet article s'inscrit dans la lignée des travaux de Casper et Carpenter (2008), Löwy (2010) et Stöckl (2010) qui étudient les conditions d'implantation de la vaccination anti-HPV et les débats l'entourant aux Etats-Unis et en Europe. Comme Casper, Carpenter et Stöckl, je m'appuie sur les travaux qui proposent d'étudier la «vie sociale» des médicaments (van der Geest et al. 1996; Whyte et al. 2002), c'est-à-dire la manière dont ces objets circulent et se voient attribuer différentes valeurs selon les contextes. En suivant Latour (1989, 1997) et Callon (1999), je cherche à mettre davantage en évidence le rôle productif du vaccin ou son «agency» en étudiant les dynamiques de co-production et de co-transformation du social et du scientifique (Pestre 2007).

L'objectif de cet article est d'analyser les processus par lesquels les médecins engagés dans l'implantation du vaccin anti-HPV en Suisse romande construisent celui-ci comme un outil indispensable en redéfinissant les valeurs – scientifique, sanitaire, économique – qui lui sont associées. Dans ce but, je fais appel à l'analyse des controverses, développée depuis les années 1970 dans les études sociales des sciences et permettant d'étudier la science comme elle se fait (Callon & Latour 1991; Pestre 2007) en montrant l'enchevêtrement de la «nature» et de la «société» (Latour 1997; Callon 1999). L'étude de trois points de controverses situés à des moments-clés de l'implantation – évaluation du coût-bénéfice du vaccin; négociation de son prix et des conditions de son remboursement; rémunération des médecins dans le cadre de sa distribution – me permettra d'étudier comment l'indispensabilité du vaccin est négociée et stabilisée. Elle me permettra également de montrer comment le vaccin vient redéfinir les relations entre des médecins, une maladie et une population, cibles de la vaccination. Je m'intéresserai particulièrement aux processus d'effacement, de déconnection et d'alliances (Latour 1997; Callon 1999) utilisés pour promouvoir la vaccination, ainsi qu'aux éléments de continuité et de déplacement dans la construction des intérêts et des buts des acteurs impliqués.

Le matériel sur lequel se base cette analyse a été réuni dans le cadre de mon mémoire de licence (Bühler 2010). Il s'agit principalement d'entretiens semi-directifs réalisés durant le printemps 2009 auprès de professionnels de la santé impliqués à des degrés divers dans l'implantation de la vaccination en Suisse romande. En suivant le principe dit de la «boule de neige», j'ai rencontré le médecin-chef d'une unité de vaccination, deux microbiologistes spécialistes du HPV et un médecin spécialiste de l'adolescence ayant participé au rapport d'experts, un médecin cantonal, deux gynécologues, un pédiatre, une méde-

cin responsable d'un centre de planning familial, la présidente de la commission fédérale pour les vaccinations (CVF), quatre infirmières scolaires et une médecin généraliste opposée à la vaccination. Afin d'analyser les débats entourant l'implantation de la vaccination en Suisse romande, j'ai également constitué un corpus d'articles médicaux, de santé publique, de journaux, ainsi que de prises de position de différentes associations professionnelles de médecins. D'un point de vue méthodologique, l'analyse de ces diverses sources s'inscrit dans la lignée des travaux réalisés en anthropologie des sciences par Martin (1994) et Dumit (2004), adoptant la perspective d'une ethnographie multi-située proposant de suivre des gens, des objets, des métaphores ou des conflits (Marcus 1995).

Coûts, bénéfices et incertitudes...

Comment s'assurer que l'investissement financier et matériel de la santé publique dans le vaccin anti-HPV sera rentable, si ses effets ne se vérifient que des années plus tard? Comment avoir la certitude que celui-ci sera à la mesure de l'efficacité attendue? Ces questions sont apparues de manière récurrente dans le milieu médical – revue médicale et entretiens avec des médecins – ainsi que dans les médias (voir par ex. Brunschwig 2008; Buechler & Ecklin 2008; Ecklin 2008; Gerber & Spinosa 2009). Elles ont été suscitées notamment par le prix élevé du vaccin, ainsi que par le manque de recul à long terme sur son efficacité et ses effets secondaires. En effet, un HPV à haut potentiel oncogène est une condition nécessaire mais non suffisante au développement d'un cancer du col. De plus, le temps de latence entre la contraction d'une infection et le développement de lésions cancéreuses peut être très long (Bosch et al. 2002; Dachez 2008; Monsonego 2007)⁵. De fait, les firmes n'ont pas attendu de constater une diminution statistique des cancers du col de l'utérus pour soumettre leur vaccin aux organismes de contrôle des médicaments tels que la *Food and Drug Administration* étasunienne ou *Swissmedic*. L'éditorial d'une prestigieuse revue médicale, le *New England Journal of Medicine* (NEJM), qui a beaucoup circulé et qui a été cité plusieurs fois durant les entretiens, aborde ces questions. Il pointe les incertitudes scientifiques demeurant au sujet du vaccin et de ses effets à long terme, telles que la durée inconnue de la protection vaccinale, l'efficacité effective de la vaccination quant au nombre de cancers du col évités, l'éventuelle nécessité d'un rappel et la possibilité d'un remplacement par d'autres types oncogènes (Haug 2008). Ces incertitudes mettent en question la valeur scientifique du vaccin et par conséquent la légitimité de son implantation dans un dispositif de santé publique.

⁵ Pour une analyse sociale des incertitudes biologiques, voir Aronowitz (2010) et Braun et Phoun (2010).

En Suisse, la question des bénéfices apportés par le vaccin en regard de son coût est déterminante pour l'élaboration des recommandations de vaccination, ainsi que son remboursement par les assurances maladie. Tout l'enjeu est de prouver scientifiquement l'efficacité de la mesure implantée conformément à l'article 32 de la loi sur l'assurance maladie⁶ (Auer et al. 2009). Or avec ses CHF 710.– pour les trois doses nécessaires à l'immunisation d'une personne, le vaccin anti-HPV est considéré comme le plus cher jamais mis sur le marché, s'inscrivant ainsi dans une nouvelle catégorie de vaccins. Produits de haute technologie – biologie moléculaire et génie génétique – ils risquent de devenir des «produits de luxe» et non plus «ces anciens remèdes du pauvre, instruments idéaux des soins de santé primaires» (Moulin 1996: 23)⁷.

Certains médecins rencontrés prennent les incertitudes au sujet du vaccin au sérieux et les mettent en perspective avec sa rapide implantation expliquée par la pression exercée par les firmes pharmaceutiques sur les organes de santé publique. Ils interrogent le choix de ce problème de santé en lien avec l'allocation de ressources limitées, la peur en arrière-fond étant que de grandes sommes d'argent soient dépensées pour une mesure qui ne soit pas aussi efficace ou bénéfique que prévu pour la population visée, mais qui soit par contre très rentable pour les producteurs du vaccin. En effet, pour certains, le prix du vaccin est largement surfait – les coûts de production étant très bas – et aurait été fixé en fonction du marché, soit au plus haut pour qu'il rapporte un maximum à la firme productrice, mais de façon à ce qu'il apparaisse suffisamment rentable aux organismes de santé publique chargés de sa diffusion⁸. Les médecins adoptant cette position ne critiquent pas directement la valeur scientifique du vaccin, mais questionnent sa valeur sanitaire en pointant les méthodes de pression tant financières que communicationnelles utilisées par les firmes pharmaceutiques pour le vendre.

Afin de consolider la valeur de ce nouvel outil sanitaire et légitimer son implantation, divers outils rhétoriques et pratiques sont mobilisés. La procédure d'évaluation utilisée par la Commission fédérale des vaccinations (CFV) pour établir ses recommandations de manière objective et indépendante (Siegrist 2005), ainsi que l'analyse coût-bénéfice (Szucs et al. 2008) demandée par cette même commission, permettent de légitimer la vaccination en mobilisant une rationalité scientifique et sta-

tistique. Financée par Sanofi-Pasteur MSD et réalisée par une équipe dont trois des cinq membres sont consultants pour cette firme, l'analyse coût-bénéfice vise à mesurer l'impact financier du rajout de la vaccination au système de dépistage du cancer du col de l'utérus déjà existant. Dans ce cadre, les incertitudes sont gérées statistiquement à l'aide de modèles probabilistes, de cohortes de jeunes filles virtuelles et de systèmes de calculs complexes sur les coûts et les bénéfices attendus de la vaccination. Si l'analyse coût-bénéfice reconnaît cette part d'incertitude, une fois publiée, elle fonctionne comme une «boîte noire» (Latour 1989) permettant d'affirmer le bien-fondé de la vaccination en effaçant les incertitudes à son propos, comme on peut le lire dans l'extrait d'entretien suivant, qui utilise l'«arbitrage de santé publique» établi pour défendre la vaccination:

«Bon, on peut se demander quel est le sérieux de certaines assertions, mais il y a de bonnes questions derrière. Comme, par exemple, faire un rappel, ça veut dire quoi? Que ce vaccin n'est pas bon? Que c'est pire après? Là encore, c'est une question de choix. Si vous voulez risquer un cancer en attendant que dans vingt ans, on sache si ça vaut la peine de faire un rappel, bon pour moi, c'est votre vie, mais je ne suis pas certain qu'on assumerait nos responsabilités de santé publique en disant que tant qu'on ne sait pas s'il faut faire un rappel, on ne fournit pas la première dose qui protège déjà à 90 % pendant les vingt prochaines années. Je ne trouve pas ça très honnête. [...] Donc, ce n'est pas parce que cette question est traitée par des gens rationnels et de façon scientifique qu'elle valide la réponse donnée par les émotifs. Je trouve bien cet article du *New England*, il était très intéressant sur la question de la sélection de souches virales HPV plus carcinogènes, éventuellement dans le futur. Vraie question. La question suivante qui n'est pas dans le *New England*, c'est: Est-ce que pour cette question-là et ce doute-là, légitime, intéressant à observer, faut-il laisser x milliers ou millions de cancers aller? Cette question-là est-elle suffisamment importante, suffisamment préoccupante, doit-elle trouver une réponse démontrée d'abord avant de se lancer dans la vaccination HPV, ça c'est un arbitrage de santé publique. Alors, la réponse actuellement a été donnée... Voilà, si vous étiez une opposante à la vaccination, vous diriez là encore vous jouez à l'apprenti sorcier et c'est dans 20 ans

⁶ L'article 32 de la LAMal stipule que les prestations prises en charge par l'assurance de base «doivent être efficaces, appropriées et économiques» et que «l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques».

⁷ A titre de comparaison, les vaccins contre la poliomyélite, le tétanos ou la rougeole coûtent entre CHF 9.– et 47.– la dose (Hebamme 2009: 30)

⁸ Voir Pignarre (2003) pour une étude du fonctionnement de l'industrie pharmaceutique.

qu'on n'aura pas assez d'yeux pour pleurer les choix qui ont été faits. Bon, ça c'est une réaction émotionnelle. [...] Donc ça, ça s'appelle les progrès de la science, ça ne s'appelle pas prendre des risques pour faire plaisir au commerce, non.»

(Entretien 15.05.09)

Cet extrait montre comment ce médecin, engagé à un haut niveau dans l'implantation de la vaccination, la défend en réaffirmant la valeur scientifique du vaccin. En distinguant la science et les usages «émotionnels» qui en sont faits, il normalise à la fois les incertitudes comme faisant partie du développement normal du savoir et disqualifie les critiques les prenant au sérieux. En se basant sur l'arbitrage d'experts déjà donné, il fait également appel à la responsabilité des organismes de santé publique garants du bien des populations (Fassin 1996). Si les premiers médecins critiquaient la rapide implantation du vaccin expliquée par la pression des firmes, il renverse la perspective en montrant au contraire que le devoir de santé publique est de protéger les jeunes filles du cancer dès lors qu'un moyen existe sur le marché. Il met ainsi l'accent sur les effets positifs attendus de la vaccination et non sur les doutes qui demeurent, mobilisant pour cela les études scientifiques déjà réalisées.

Dans ce point de controverse, les statistiques, les études coût-bénéfice, les essais cliniques, les cohortes virtuelles de jeunes filles et le progrès scientifique sont enrôlés pour affirmer la valeur scientifique du vaccin et légitimer son implantation dans un dispositif de santé publique. Les premiers médecins questionnent la valeur sanitaire du vaccin en l'inscrivant dans la perspective d'un rapport de pouvoir favorable aux firmes au détriment des intérêts de la santé publique, c'est-à-dire en connectant les questions économique-politique et scientifique. La valeur scientifique du vaccin est produite au contraire par la séparation et la hiérarchisation de ces deux questions en faveur de la seconde et par la normalisation des incertitudes qui demeurent. En raison de l'attente nécessaire à l'évaluation des effets de la vaccination, ce point de controverse ne peut se clore réellement et est toujours susceptible d'être rouvert et rediscuté.

Pour le bien de toutes les jeunes filles!

Les études coût-bénéfice ne règlent pas les modalités concrètes du paiement de la vaccination: qui paye? Pour qui? Selon quels critères? Ces questions-là doivent être discutées et résolues dans une deuxième étape de l'implantation de la vaccination: les négociations concernant son prix et les conditions de son

remboursement. En novembre 2007, c'est-à-dire une année après la mise sur le marché du vaccin en Suisse et cinq mois après la publication des recommandations de la CFV et de l'OFSP (OFSP et al. 2008), le chef du Département fédéral de l'intérieur annonce que le vaccin sera remboursé dès janvier 2008 par l'assurance maladie obligatoire hors franchise, à condition qu'il soit administré dans le cadre de programmes cantonaux. Ceux-ci impliquent un achat centralisé des vaccins et leur diffusion à grande échelle (Masserey Spicher 2008; OFSP 2008), dispositif mis en place pour faire baisser les coûts et rentabiliser la vaccination en atteignant le plus de jeunes filles possible. Du 10 janvier au 10 avril 2008 ont lieu des négociations entre les directeurs et directrices cantonaux de santé, les producteurs du vaccin et Santésuisse, représentant des assurances (Masserey Spicher 2008). Au final, le prix du vaccin passe de CHF 710.– à CHF 477.– pour trois doses, soit CHF 159.– par injection (Masserey Spicher 2008). C'est seulement en juin 2008 que les conditions exactes du remboursement sont connues et en août 2008 que la vaccination à grande échelle commence dans les écoles du canton de Vaud. Ces quelques dates permettent de montrer que de juin 2007 – date de la publication des recommandations – à août 2008 – date du début de la vaccination scolaire – se déroule une année d'attente, qui suscite de nombreuses réactions et débats.

Rendre le vaccin anti-HPV gratuit et accessible par la population visée constitue un point de passage obligatoire (Callon 1999) pour la santé publique car son prix élevé le réserve à une élite riche et informée. Ne pas statuer sur cette question génère la crainte d'une médecine à deux vitesses renforçant des inégalités socio-économiques, ce qui va à l'encontre de l'objectif de santé publique selon lequel chacun doit pouvoir «bénéficier du meilleur système de santé possible» (OFSP 2009: 6). Cet argument est d'autant plus important que l'une des limites du dépistage cytologique est sa couverture inégalitaire selon le niveau socio-économique de la population visée en raison de l'absence de programme national de dépistage laissé à l'initiative des gynécologues privés et des femmes elles-mêmes (Petignat et al. 2006). Forts de ce constat, plusieurs politiciens et politiciennes de droite et de gauche ont déposé des postulats et une motion demandant son remboursement par les assurances maladie (Ory 2007; Gutzwiller 2007; Huguenin 2007a⁹). Cette mobilisation produit une politisation de la question du remboursement et par conséquent de l'accessibilité du vaccin considéré comme un bien très précieux. En effet, les négociations visent à faire baisser le prix du vaccin afin de le rendre accessible au plus grand nombre, mais ce faisant elles retardent la mise en place effective de la vaccination,

⁹ Syndique de Renens. Son blog (2007b) illustre bien le climat tendu généré par l'attente de la décision du remboursement.

alors que le vaccin est déjà sur le marché. Elles créent ainsi une tension entre le devoir de santé publique de rendre le vaccin accessible à toutes dans les plus courts délais et celui de le faire au moindre coût (OFSP 2009: 8).

La lettre de la Société suisse de pédiatrie (SSP), adressée au chef du Département fédéral de l'intérieur, aux directrices et directeurs cantonaux de la santé et au directeur de Santé-suisse, en date du 4 février 2008 (SSP 2008a) illustre la prise de position officielle d'un groupe professionnel de médecins en lien avec cette question:

«Les pédiatres suisses se trouvent depuis un mois dans une situation contraire à leur devoir éthique.

En effet, depuis une année un vaccin permet de protéger les femmes jeunes contre le deuxième cancer féminin en terme de fréquence, le cancer du col de l'utérus. Il diminue le risque d'être atteinte par cette maladie de plus de 70 %.

Depuis le premier janvier 2008, selon une décision de l'OFSP, ce vaccin est sur la liste des prestations prises en charge par l'assurance de base pour autant qu'un programme de vaccination cantonal soit mis en place.

Or, un mois plus tard, de tels programmes cantonaux ne sont toujours pas généralisés!

Pouvez-vous imaginer notre malaise éthique lorsque l'adolescente assise en face de nous demande à être protégée contre une contamination virale, dont elle sait qu'elle la mènera probablement aux pires complications médicales, voire à la mort! Nous vous rappelons que l'on peut estimer que *chaque semaine qui passe, en Suisse, quelques centaines d'adolescentes sont contaminées. Qui supportera la responsabilité humaine, éthique, voire légale, des nombreux cancers qui en découleront?*¹⁰

Certes, nous vaccinons certaines de nos jeunes patientes: celles qui disposent d'une assurance privée ainsi que les patientes dont les parents peuvent en assumer les frais. Ce faisant, nous pratiquons une *médecine à deux vitesses*¹⁰, offrant une protection efficace aux plus favorisées et négligeant les autres. Nous ne pouvons plus tolérer cette situation anachronique et pensons qu'il n'est pas acceptable que celle-ci se prolonge. Conscients qu'un problème financier pèse lourd face à notre problème médical et éthique, nous ne doutons pas que vous prendrez les mesures nécessaires dans un pays où les considérations économiques ne peuvent impunément ignorer la responsabilité morale.»

Selon le point de vue de certains médecins, la mise en place de la vaccination a été extrêmement rapide, cette rapidité étant expliquée par la puissance des firmes et l'importance de leurs intérêts financiers, comme nous l'avons vu dans le premier point. Pour d'autres, comme on peut le lire dans la lettre ci-dessus, cette attente est insupportable et crée un profond «malaise éthique» appelant à accélérer le processus d'implantation au détriment des négociations. Pourquoi un tel malaise et un tel sentiment d'urgence, alors que le cancer du col de l'utérus n'est pas une maladie nouvelle, ni une épidémie (Colgrove 2006b) et qu'elle est déjà prise en charge par le dépistage cytologique? Trois alliés sont mobilisés dans cette lettre: des adolescentes menacées, le cancer et la volonté éthique d'éviter une médecine à deux vitesses. Créer un sentiment d'urgence en accentuant les risques de maladie est une stratégie utilisée traditionnellement pour mobiliser les populations à se faire vacciner (Colgrove 2006a). Dans le cadre de la vaccination anti-HPV, le cancer constitue un argument de poids, faisant appel à la fois à la construction du cancer comme «fléau» (Pinell 1992), à la peur qu'il suscite (Clarke et Everest 2006) et au rêve d'un traitement préventif simple et efficace qui, jusque-là, a manqué à la lutte contre cette maladie (Pinell 1992). Les jeunes filles enrôlées (Callon 1999) sont en pleine santé, vierges – idéalement le vaccin doit être administré avant tout rapport sexuel – et victimes potentielles d'inégalités socio-économiques sur lesquelles elles n'ont pas prise et d'une maladie mortelle, le cancer. En s'érigeant en porte-parole (Latour 1997; Callon 1999) des jeunes filles et en traduisant leur demande de protection, les médecins construisent une alliance émotionnellement chargée et solide entre vaccin salvateur, jeunes filles à risque et cancer mortel, face à laquelle le souci d'économicité de la santé publique paraît bien peu important.

La mobilisation de ces alliés, permettant de rendre le vaccin indispensable (Callon 1999), est réalisée par une série d'effacements: premièrement, l'effacement de la complexité des liens entre HPV et cancer du col de l'utérus (Braun & Phoun 2010) qui permet d'associer de manière directe HPV et cancer; deuxièmement, l'effacement du reste du monde par l'usage local de données épidémiologiques valables au niveau mondial, en omettant de préciser la différence de prévalence entre pays dits en voie de développement et contexte suisse (Castellsagué et al. 2007); troisièmement, l'effacement du caractère sexuel de la transmission des HPV considéré comme moralement problématique. La peur d'une médecine à deux vitesses contribue également à consolider la valeur sanitaire du vaccin. En effet, c'est l'une des failles importantes

¹⁰ Souligné par les auteurs de la lettre (en gras dans l'original).

du dépistage cytologique (Petignat et al. 2006) et si le vaccin arrive à le surpasser sur ce plan, en intervenant, dans l'idéal, précocement dans le cadre scolaire, il aura gagné en solidité et en légitimité. Finalement, ce point de controverse permet de souligner le rôle productif du vaccin qui, d'une part, crée une nouvelle population de personnes à risques du cancer du col de l'utérus et qui, d'autre part, requalifie cette pathologie comme un problème de santé publique majeur.

Des «vaccinateurs à la chaîne»

L'implantation de la vaccination permet d'élargir le nombre des professionnels impliqués dans la prévention du cancer du col de l'utérus. Si dans le cadre du dépistage cytologique, seuls les gynécologues étaient impliqués, dans le cadre de la vaccination les pédiatres, médecins généralistes et infirmières scolaires sont également susceptibles d'être mobilisés. En décidant d'organiser une vaccination à grande échelle dans le cadre de programmes cantonaux, c'est-à-dire en privilégiant les structures de santé scolaire (OFSP 2008) dans les cantons où elles existent, les responsables de santé publique ont mis à mal la collaboration des médecins privés, habituellement considérés comme des partenaires indispensables. En effet, le forfait de CHF 159.– par injection négocié entre la CDS, la firme productrice et Santésuisse, implique une rémunération des médecins privés de «seulement» CHF 16.–, ce qui a suscité de nombreux débats.

La Société suisse de pédiatrie (SSP) et celle de médecine générale (SSMG) ont toutes deux publié des prises de position défavorables à la vaccination en rapport avec cette rémunération considérée, selon les termes d'un pédiatre, comme «totalement inacceptable» (Schneider 2008: 1619). Si la SSP déconseille de boycotter la vaccination pour des raisons éthiques (SSP 2008b), la SSMG, par contre, «recommande [...] à ses membres de ne pas effectuer de vaccination contre le HPV dans leur propre cabinet» dans ces conditions¹¹. Plus précisément, la SSP se dit scandalisée par les conditions d'introduction de la vaccination anti-HPV. L'argument principal avancé est que la «rémunération actuelle est inacceptable et dans certains cantons même déficitaire pour le cabinet», c'est-à-dire que «des charges démesurées plombent le budget du cabinet» et que, de plus, le «prix offert ne permet pas de prise en charge individualisée» (SSP 2008b). La SSP conclut sa prise de position en déclarant que des «concessions devront être faites au niveau de la qualité de notre service». De plus, selon ces médecins, le prix élevé du vaccin,

favorable à la firme, n'est rentable pour la santé publique uniquement parce que les médecins sont sous-payés: «Apparemment, les coûts élevés de fabrication du vaccin doivent être compensés par des pertes chez les médecins exécutants. C'est inacceptable!» (Schneider 2008).

Le choix de santé publique effectué est critiqué par ces médecins, à la fois au nom d'une rationalité entrepreneuriale – faire tourner son cabinet – et d'une rationalité médicale qualitative, qui se traduit par la défense de la qualité des soins et l'individualisation de la prise en charge. La valeur sanitaire du vaccin est également mise en question. Tout d'abord, la volonté de la santé publique de rendre le vaccin accessible à toutes, va à l'encontre de la norme de «bien soigner» défendue par les médecins privés de premier recours, créant ainsi une tension entre une collectivisation et une individualisation de cette norme. En second lieu, rentable au niveau de la santé publique, le système mis en place ne l'est pas pour les praticiens en cabinet privé. Ce conflit est exprimé sous la forme d'un rapport de pouvoir financier accordant de plus grands bénéfices à la firme productrice, au détriment des intérêts financiers et professionnels des médecins privés, les transformant en «vaccinateurs à la chaîne» (entretien 22.05.09).

Ces tensions sont marquées par la prépondérance d'un souci financier et professionnel, faisant passer le souci éthique du «bien» de toutes les jeunes filles au second plan. En effet, ce sont les mêmes groupes de médecins qui s'érigent en porte-parole des jeunes filles et font primer le devoir éthique de les protéger d'une maladie présentée comme très menaçante sur la volonté d'économicité de la santé publique durant les négociations, qui utilisent, dans ce cas, une rationalité entrepreneuriale pour défendre leur position professionnelle. Ces débats ne sont pas apparus publiquement dans les médias et plusieurs médecins rencontrés ont minimisé leur importance, me conseillant de ne pas en parler, et qualifiant cette réaction de «pas très glorieuse par rapport à l'extérieur» (entretien 19.05.09). Ces médecins reprochent à leurs collègues de ne pas avoir su développer une vision globale des intérêts de la vaccination, notamment en regard de la santé des jeunes filles et d'une amélioration jugée significative de la prévention du cancer du col de l'utérus. Le caractère privé de ce point de controverse restreint au cercle professionnel montre que l'association du bien de toutes les jeunes filles et du cancer permettant de construire le vaccin comme un outil salvateur et indispensable, consolidé par le dispositif sanitaire mis en place, constitue une alliance solide que les intérêts professionnels des médecins impliqués ne parviennent pas à ébranler.

¹¹ Voir leur site Internet: <http://www.ssmg.ch/fr/communications/actualite/details/archives/browse/7.html>, consulté le 22.12.09.

Conclusion

L'analyse de trois moments de controverses jalonnant l'implantation de la vaccination – analyse des coût-bénéfice de la vaccination; négociation du prix et des conditions de remboursement; rémunération des médecins dans le cadre de sa distribution – m'a permis de montrer comment les valeurs scientifique, sanitaire et économique du vaccin sont négociées et redéfinies selon les intérêts mis en jeu dans chaque situation. J'ai mis en évidence les processus d'effacement et de déconnection, ainsi que les processus d'alliance utilisés pour consolider la valeur positive du vaccin. J'ai notamment analysé comment le vaccin est rendu indispensable en prenant pour alliées les jeunes filles à risque, la peur du cancer et la responsabilité éthique d'éviter une médecine à deux vitesses. Dans les trois points présentés, les intérêts économiques – ceux des firmes, ceux de la santé publique sous la forme d'un souci d'économicité et ceux des médecins de premier recours – constituent des liens qu'il s'agit de déconnecter pour renforcer la valeur positive du vaccin.

Si la valeur du vaccin est redéfinie selon les contextes, le vaccin en tant qu'outil sanitaire vient également requalifier les autres membres du réseau dans lequel il s'inscrit et redéfinir les rapports qui les lient. Il permet notamment de visibiliser le cancer comme un problème de santé publique majeur et de signer le lien entre un virus et un cancer tout en effaçant la dimension sexuelle de la transmission des HPV; il crée une nouvelle population de personnes à risque du cancer du col, les jeunes filles de 11 à 19 ans; et finalement élargit le champ des professionnels impliqués dans la prévention de cette pathologie, les transformant tour à tour en vaccinateurs à la chaîne, entrepreneurs, porte-parole et défenseurs des jeunes filles, médecins luttant contre le cancer, critiques d'une économisation de la santé et garants de la scientificité du vaccin.

RÉFÉRENCES

Littérature socio-anthropologique

Aronowitz Robert

2010. «Gardasil: A vaccine against cancer and a drug to reduce risk», in: Keith Waloo et al. (Eds), *Three Shots at Prevention: The HPV Vaccine and the Politics of Medicine's Simple Solutions*, p. 21-38. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Braun Lundy, Phoun Ling

2010. «HPV vaccination campaigns: Masking uncertainty, erasing complexity», in: Keith Waloo et al. (Eds), *Three Shots at Prevention: The HPV Vaccine and the Politics of Medicine's Simple Solutions*, p. 39-60. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Buhler Nolwenn

2010. *Le vaccin anti-HPV, «un bon outil pour la tâche»? Etude de l'implantation de la vaccination préventive du cancer du col de l'utérus dans le canton de Vaud*. Mémoire de licence en ethnologie réalisé sous la direction d'Anne Lavanchy. Non-publié. En ligne: <http://doc.rero.ch/record/19844?ln=fr>

Callon Michel

1999 (1986). «Some elements of translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieuc Bay», in: Mario Biagioli (Ed), *The Science Studies Reader*, p. 67-83. New York / London: Routledge.

Callon Michel, Latour Bruno (dir.)

1991. *La science telle qu'elle se fait: anthologie de la sociologie des sciences de langue anglaise*. Paris: La Découverte.

Casper Monica, Carpenter Laura

2008. «Sex, drugs, and politics: The HPV vaccine for cervical cancer». *Sociology of Health and Illness* 30(6): 886-899.

Clarke Juane, Everest Michelle

2006. «Cancer in the mass print media: Fear, uncertainty and the medical model». *Social Science & Medicine* 62: 2591-2600.

Colgrove James

2006a. *State of Immunity: The Politics of Vaccination in Twentieth-Century America*. Berkeley: University of California Press; New York: The Milbank Memorial Fund.

2006b. «The ethics and politics of HPV compulsory vaccination». *New England Journal of Medicine* 355(23): 2389-2391.

2010. «The coercive hand, the beneficent hand: What the history of compulsory vaccination can tell us about HPV vaccine mandates», in:

Keith Waloo et al. (Eds), *Three Shots at Prevention: The HPV Vaccine and the Politics of Medicine's Simple Solutions*, p. 3-20. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Dumit Joseph

2004. *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*. Princeton / Oxford: Princeton University Press.

Fassin Didier

1996. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. Paris: PUF.

Latour Bruno

1989. *La science en action*. Paris: La Découverte.

1997 (1991). *Nous n'avons jamais été modernes: essai d'anthropologie symétrique*. Paris: La Découverte / Poche.

Löwy Ilana

2010. «HPV vaccination in context: A view from France», in: Keith Waloo et al. (Eds), *Three Shots at Prevention: The HPV Vaccine and the Politics of Medicine's Simple Solutions*, p. 270-292. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Marcus George E.

1995. «Ethnography in / of the world system: The emergence of multi-sited ethnography». *Annual Review of Anthropology* 24: 95-117.

Martin Emily

1994. *Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture – From the Days of Polio to the Age of AIDS*. Boston: Beacon press.

Moulin Anne-Marie (dir.)

1996. *L'aventure de la vaccination*. Paris: Fayard.

Pestre Dominique

2007. «L'analyse des controverses dans l'étude des sciences depuis trente ans: entre outil méthodologique, garantie de neutralité axiologique et politique». *Mil neuf cent: revue d'histoire intellectuelle* 25: 29-43.

Pignarre Philippe

2003. *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*. Paris: La Découverte.

Pinell Patrice

1992. *Naissance d'un fléau: histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris: Métailié.

Stöckl Andrea

2010. «Public discourse and policymaking: The HPV vaccination from the European perspective», in: Keith Waloo et al. (Eds), *Three Shots at Prevention: The HPV Vaccine and the Politics of Medicine's Simple Solutions*, p. 254-269. Baltimore: The John Hopkins University Press.

van der Geest Sjaak, Whyte Susan Reynolds, Hardon Anita

1996. «The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach». *Annual Review of Anthropology* 25: 153-178.

Whyte Susan Reynolds, van der Geest Sjaak, Hardon Anita

2002. *Social Lives of Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sources**Auer Reto et al.**

2009. «Etudes coût-efficacité: ce que devraient retenir les médecins». *Revue médicale suisse* 227, 25.11.09.

Bosch F.X. et al.

2002. «The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer». *Journal of Clinical Pathology* 55: 244-265.

Brunschwig Francine

2008. «Le vaccin contre le cancer du col suscite le débat». *24 Heures*, 02.04.08.

Buechler Pascal, Ecklin Jean-Paul

2008. «Cancer du col de l'utérus: vacciner ou non?». *Le Courrier*, 27.05.08.

Castellsagué Xavier et al. (Eds)

2007. HPV and cervical cancer in the world: 2007 report. *Vaccine* 25, supplement 3.

Dachez Roger

2008. *Le cancer du col de l'utérus*. Paris: PUF.

Ecklin Jean-Paul.

2008. «Faut-il vraiment vacciner?». *Le Temps*, 13.03.08.

Gerber Stephan, Spinosa Jean-Pierre

2009. «La vaccination contre les papillomavirus: être ou ne pas être?» (propos des Drs recueillis et commentés par le Dr. Deslarzes Christian). *Wellness & santé magazine* 32: 21-27.

Gutzwiller Felix

2007. «07.1075 – Question. Prise en charge de la vaccination contre le VPH par l'assurance obligatoire des soins». En ligne: http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20071075; consulté le 04.09.2009.

Haug Charlotte J

2008. «Human papillomavirus vaccination: Reasons for caution». *New England Journal of Medicine* 359(8): 861-862.

Hebamme

2009. «HPV Impfung, Vaccin HPV». *Hebamme, sage-femme, levatrice, spendrera* 1.

Huguenin Marianne

2007a. «07-3473 – Motion: Remboursement du vaccin contre le cancer du col de l'utérus». En ligne: http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20073473, consulté le 15.09.2009.

2007b. «Virus HPV: 400 jeunes filles infectées par mois... Et on attend toujours...». En ligne: <http://huguenin.blog.24heures.ch/archives/2007/10/15/virus-hpv>, consulté le 17.10.2009.

Massery Spicher Virginie

2008. «Les programmes cantonaux de vaccination contre le cancer du col de l'utérus sont en préparation». *Primary Care* 8(12): 232-233. En ligne: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/index.html, consulté le 15.01.2009.

Monsonogo Joseph

2007. *La fin d'un cancer? Les espoirs de la vaccination contre les papillomavirus*. Paris: Grasset et Fasquelle.

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

2008. «Vaccination contre les papillomavirus humains (HPV): prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins». *Bulletin OFSP* 8, 18 février: 152-153.

2009. *L'OFSP en bref*. Berne: OFSP. En ligne: <http://www.bag.admin.ch/org/index.html?lang=fr>; consulté le 23.04.2010.

OFSP, Commission fédérale pour les vaccinations (CFV), Groupe de travail Vaccination HPV

2008. *Recommandations de vaccination contre les papillomavirus humains (HPV). Directives et recommandations*. Berne: OFSP. En ligne: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/02114/index.html?lang=fr>; consulté le 22.04.2012.

Ory Gisèle

2007. «07-3421-Postulat. Vaccination contre le HPV». En ligne: http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20073421; consulté le 15.10.2009.

Petignat Patrick, Bouchardy Christine, Sauthier Philippe

2006. «Dépistage du cancer du col utérin: situation actuelle et perspectives». *Revue Médicale Suisse* 66: 1308-1311.

Riva Catherine, Spinosa Jean-Pierre

2010. *La piqûre de trop? Pourquoi vaccine-t-on les jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus?* Vevey: Ed. Xenia.

Schneider S.

2008. «Vaccination HPV: rémunération totalement inacceptable». *Bulletin des médecins suisses* 89(38): 1619.

Siegrist Claire-Anne

2005. «Vaccination: un problème non résolu et de brûlante actualité. Interview avec Mme la Professeure C-A Siegrist. 20.10.2004». *Bulletin des médecins suisses* 86(9): 513-518.

Société suisse de pédiatrie (SSP)

2008a. «Retard dans la vaccination HPV: Lettre ouverte à Monsieur le Président de la Confédération Pascal Couchepin, chef du DFI, aux directeurs cantonaux de la santé et au directeur de SantéSuisse». *Paediatrica* 19(1): 13.

2008b. «Prise de position de la SSP concernant l'introduction de la vaccination HPV». *Paediatrica* 19(6): 21.

Swissmedic

2007. *Swissmedic Journal* 1. En ligne: <http://www.swissmedic.ch/org/00064/00065/00317/index.html?lan>; consulté le 25.01.2011.

Szucs Thomas et al.

2008. «Cost-effectiveness analysis of adding a quadrivalent HPV vaccine to the cervical cancer screening programme in Switzerland». *Current Medical Research and Opinions* 24(5): 1473-1483.

AUTEURE

Nolwenn Bühler est doctorante en anthropologie. Elle travaille actuellement sur un projet du FNS intitulé «Fertility and Family in Switzerland. Local Processes of Reproduction and Kinship in Transnational Context of Biomedical Technologies». Dans le cadre de sa thèse, elle investigate les relations entre âge, procréation médicalement assistée et fertilité. Auparavant, elle a travaillé comme infirmière et est titulaire d'une licence ès lettres.

Ethnologisches Seminar, Universität Zürich, Andreastrasse 15, 8050 Zürich
nolwenn.buehler@uzh.ch